FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 57

DES

INJECTIONS CAVITAIRES ET INTERSTITIELLES

D'ÉTHER IODOFORMÉ

DANS LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES LOCALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 4 MAI 1888

PAR

Armand-Daniel LABORDE

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Né à Saint-Geniez (Basses-Alpes), le 21 juillet 1854.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MORACHE,	professeur,	*président.*
DEMONS,	professeur,	*juges.*
LEFOUR,	agrégé,	
POUSSON,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1888

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 57

DES

INJECTIONS CAVITAIRES ET INTERSTITIELLES

D'ÉTHER IODOFORMÉ

DANS LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES LOCALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 4 MAI 1888

PAR

Armand-Daniel LABORDE

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Né à Saint-Geniez (Basses-Alpes), le 21 juillet 1854.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MORACHE,	professeur,	*président.*
DEMONS,	professeur,	*juges.*
LEFOUR,	agrégé,	
POUSSON,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ.....

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCESANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. } MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enfants. MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes.... MM. VENOT.
Clin. chir. des enfants. PIÉCHAUD | Maladies mentales..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A la Mémoire de mon Cousin

LE DOCTEUR PAUL GALLE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR MORACHE

Directeur du Service de santé du 18e Corps d'armée, Professeur de Médecine légale,
Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. FONTAN

Professeur aux Ecoles de Médecine navale, Chevalier de la Légion d'honneur.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0020

INTRODUCTION

Dans le courant de l'année dernière, alors que M. le professeur Fontan, médecin principal de la Marine, était chargé du service chirurgical à l'hôpital de Saint-Mandrier, il nous a été donné de lui voir employer, dans le traitement de quelques cas de tuberculose locale, les injections d'éther iodoformé dont l'usage avait été préconisé depuis peu par M. le professeur Verneuil, surtout en ce qui concerne les abcès froids.

Outre ces injections cavitaires, qui sont en quelque sorte classiques aujourd'hui, M. Fontan a employé aussi fréquemment les injections interstitielles de petites quantités de liquide iodoformé au voisinage ou dans le centre même des foyers tuberculeux.

Frappé des bons résultats obtenus et des avantages que présentait cette nouvelle méthode de traitement, nous avons eu l'idée d'en faire le sujet de cette thèse inaugurale.

Je prie M. le professeur Fontan qui a bien voulu nous aider de ses conseils et nous communiquer quelques observations de sa pratique personnelle, de recevoir avec nos remerciements l'expression de notre sincère reconnaissance.

Nous remercions également M. le professeur Morache de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse, et le prions de recevoir l'hommage de notre gratitude.

DES

INJECTIONS CAVITAIRES ET INTERSTITIELLES

D'ÉTHER IODOFORMÉ

DANS LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES LOCALES

HISTORIQUE

Par suite des notions plus complètes qui ont été acquises de nos jours sur la nature infectieuse de la tuberculose et de ses différentes manifestations locales (abcès froids, tumeurs blanches, abcès tuberculeux ganglionnaires, etc.), on a été tout naturellement amené à penser que l'élément tuberculeux qui entre dans leur constitution pouvait être, grâce à la méthode antiseptique, heureusement modifié et arrêté dans son évolution. C'est en partant de ce principe que l'on a été conduit à mettre en contact direct par des injections interstitielles ou cavitaires des substances antiseptiques avec les cavités et les tissus morbides.

L'ancienne chirurgie, celle qui a précédé la révolution introduite dans la pratique chirurgicale par la méthode de Lister, n'osait intervenir d'une façon active dans le traitement des abcès froids. « Ceux qui avaient le rachis pour point de départ, inspiraient surtout une véritable terreur », dit P. Reclus dans ses *Cliniques chirurgicales*. Voici, en effet, quelles étaient encore les

règles formulées, il y a 10 ans à peine, par l'auteur d'une thèse d'agrégation soutenue à Paris en 1878. « Dans les caries vertébrales, tout faire pour éviter la formation de l'abcès; mais s'il se forme, tout mettre en œuvre pour en éviter l'ouverture. »

Depuis lors, grâce aux méthodes nouvelles, toutes les hésitations, toutes les craintes qui étaient légitimées autrefois, il faut bien le dire, n'ont plus actuellement leur raison d'être.

Les injections interstitielles, mises en pratique pour la première fois par Hueter (1878), par Kœnig ensuite (1879) ont été employées depuis par d'autres chirurgiens allemands. A peu près à la même époque, Le Fort y eut également recours. Mais ce n'est pas à l'iodoforme que revient l'honneur de la priorité, en tant que substance antiseptique. Celles dont on se servit tout d'abord furent l'acide phénique, le sulfate de zinc, la liqueur de Fowler. Les résultats obtenus furent assez favorables.

Ces premières tentatives permettaient d'entrevoir tout le bénéfice que l'on était en droit d'attendre de liquides modificateurs ou antiseptiques mis en contact intime avec les tissus morbides. Le premier pas était fait : il restait donc à perfectionner la méthode.

En 1880, de Mosetig-Moorhof, professeur à Vienne, après avoir reconnu par ses expérimentations cliniques l'influence favorable de l'iodoforme sur les productions tuberculeuses, proclama l'efficacité de l'action de ce médicament dans les affections locales de la scrofule et de la tuberculose. Il publia un premier mémoire dans lequel il apportait de nombreuses preuves à l'appui de cette assertion.

Peu de temps après, en 1881, Mikulicz communiqua au Congrès des médecins allemands le résultat de ses recherches et de sa propre expérience et annonça qu'il venait de trouver dans l'iodoforme un moyen efficace de prévenir les récidives locales à la suite des opérations pratiquées pour des affections fongueuses.

Le premier, il eut l'idée de pratiquer des injections intra-parenchymateuses d'éther iodoformé, pensant que cette substance injectée au milieu des masses fongueuses infiltrées dans les tissus et les articulations devait être capable de guérir le processus tuberculeux dès le début ou tout au moins d'arrêter sa marche. Partant de ce principe, il pratiqua des injections interstitielles d'iodoforme en solution éthérée à 1/5 ou en émulsion dans la glycérine avec addition d'une petite quantité d'eau distillée. Ses premières expériences portèrent sur des abcès froids et des tumeurs blanches. Il obtint de bons résultats.

Après lui, Gussenbauer et d'autres chirurgiens allemands publièrent successivement leurs observations et tous furent unanimes à vanter l'emploi de l'iodoforme.

En France, dès 1882, M. Marc Sée porta la question devant la Société de Chirurgie, et, dans la séance du 7 juin de la même année, communiqua une observation remarquable d'arthrite fongueuse du genou, guérie par les injections cavitaires d'éther iodoformé, combinées avec la pression élastique.

En 1885, M. Verneuil a publié un Mémoire où il fait connaître en même temps que le procédé opératoire, les bons résultats qu'il a obtenus par la pratique des injections d'éther iodoformé dans le traitement des abcès froids. Dans la *Revue de Chirurgie* de 1886, M. Verchère a également publié plusieurs cas de guérison de tuberculose locale par l'emploi du même procédé.

Enfin dans ses « Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu », parues il y a quelques mois à peine, P. Reclus expose les raisons qui lui font préférer la méthode des injections dans le traitement des abcès froids, à celle qui procède par l'incision de la poche et son grattage rigoureux avec la curette tranchante.

GÉNÉRALITÉS SUR L'IODOFORME

1° De l'iodoforme comme agent antiseptique.

Après avoir été tour à tour loué et blamé avec excès, il appartenait à l'analyse des résultats obtenus d'établir ce qu'il y a de vrai et de faux dans les opinions si diverses et si contradictoires qui ont été émises sur son emploi en chirurgie.

Actuellement l'iodoforme n'en est plus à faire ses preuves dans les pansements antiseptiques. Les opinions sont unanimes en sa faveur et personne ne songe plus à contester son action antiseptique puissante.

L'idée première de l'employer dans les pansements appartient à Righini (d'Ollogio) qui, en 1853, signala ses propriétés antiseptiques (*Bulletin de thérapeutique*, 1853), le recommanda surtout comme topique dans les ulcères atoniques et insista sur son action antiputride. En France, Demarquay, Lallier Féréol et Besnier entr'autres en vulgarisèrent l'emploi dans les chancres et les différentes formes de syphilides ulcéreuses. Son efficacité dans les plaies ulcéreuses et atoniques, fut ensuite confirmée par Kennedy, Boyer, Klinik (1876) et Oberlander (1878).

Pendant quelques années, il fut à peu près abandonné dans les pansements à cause de son prix élevé et de son odeur caractéristique quand, en 1880, une réaction eut lieu en sa faveur et le fit entrer dans le domaine de la grande pratique.

Qu'il me suffise de rappeler les nombreuses publications qui furent faites et les expériences cliniques dont il fut l'objet en Allemagne de la part de Billroth, Mosetig-Moorhof, surtout, Mikulicz et Kœnig. « Je suis convaincu, écrivait ce dernier en 1881,

que depuis l'adoption du pansement de Lister, aucune innovation faite dans la méthode antiseptique n'approche, comme importance, de celle que nous devons à Mosetig. L'iodoforme est d'un emploi si facile dans les pansements que c'est grâce à lui que la méthode antiseptique deviendra populaire. »

Mikulicz, étudiant l'action de l'iodoforme sur les plaies en particulier, a établi une classification des différents cas auxquels il peut être appliqué comme agent antiseptique.

1° *Les plaies fraîches et aseptiques,* comprenant :

a. Les plaies fraîches non réunies;

b. Les plaies susceptibles de guérir par première intention;

c. Les plaies qui communiquent avec des cavités séreuses;

d. Les plaies communiquant avec une muqueuse.

2° *Les plaies et ulcérations* septiques.

3° *Les plaies et ulcères d'origine spécifique* (tuberculose, scrofulose).

Le fait caractéristique des plaies traitées par l'iodoforme, c'est l'absence de phénomènes inflammatoires; ni injection, ni rougeur, ni gonflement; les parties mortifiées ne se décomposent pas et la réunion par première intention est activée.

Dans les plaies qui suppurent, l'iodoforme agit encore comme antiphlogistique; on ne constate aucune réaction et la fièvre traumatique fait défaut dans la plupart des cas.

Son influence sur les affections croupales et diphthéritiques des muqueuses est encore controversée, bien que Delbastailles et Troisfontaines recommandent vivement son emploi contre la dyphthérie des plaies et des muqueuses.

Enfin, depuis quelque temps, quelques ophthalmologistes emploient avec beaucoup d'avantages l'iodoforme contre les conjonctivites granuleuses rebelles. On n'a eu qu'à se louer des résultats obtenus.

2° De l'iodoforme contre les affections fongueuses et tuberculeuses

C'est à la suite des insuccès répétés et des récidives fréquentes qui rendaient négatifs les résultats des opérations pratiquées dans les cas de manifestations locales de la tuberculose, que Mosetig, le premier, eut l'idée d'employer à la suite de ces dernières l'iodoforme, dont Moleschott déjà avait préconisé l'administration interne contre les affections tuberculeuses. Parmi les lésions tuberculeuses au traitement desquelles on a appliqué l'iodoforme, ce sont surtout celles des synoviales et des os qui ont donné de beaux résultats entre les mains de Gussenbauer, Leisrinck, Maske et Mikulicz. Ce dernier a également retiré de bons effets du même traitement appliqué à la cure des abcès froids, des fongosités tendineuses, des abcès tuberculeux des ganglions. Nous connaissons déjà la relation qui a été faite par M. Marc Sée en 1883 d'un fort beau succès qu'il avait obtenu dans un cas d'arthrite fongueuse du genou en se servant d'une solution saturée d'iodoforme dans l'éther, sous forme d'injections cavitaires.

Il résulterait des observations de Mikulicz et de celle de M. Marc Sée que l'iodoforme en injections parenchymateuses, peut être utile dans les tumeurs blanches récentes, dont les fongosités peuvent encore subir la transformation fibreuse et ne sont point encore atteintes de régression ou de suppuration. C'est à l'expérimentation clinique qu'il appartient de trancher la question.

Dans ces dernières années, on a étendu l'emploi de l'iodoforme au traitement des abcès froids, des abcès tuberculeux des ganglions, et les résultats obtenus sont venus confirmer non seulement l'action antiseptique mais encore anti-tuberculeuse de ce médicament dirigé contre les manifestations locales de la tuberculose.

3° Inconvénients et dangers de l'iodoforme : intoxcication.

On a reproché à l'iodoforme son prix élevé et son odeur caractéristique désagréable pour certains malades. Mais ce ne sont là que des inconvénients bien minimes et qui méritent à peine d'être pris en considération.

De nombreux moyens ont été proposés pour mitiger son odeur et même la faire disparaître complètement : les huiles essentielles de bergamote, d'anis, de menthe, de lavande, etc. Mosetig s'est servi de la fève de Tonka ou encore de son principe odorant la koumarine qui masque, parait-il, l'odeur spéciale de ce corps et lui donne même une agréable odeur d'amandes amères.

Kœnig a accusé l'iodoforme de provoquer autour des plaies un état d'irritation se produisant par un exanthème papuleux ou de l'eczéma; d'après Küster, il agirait comme corps étranger et retarderait par cela même la cicatrisation des plaies. D'autres enfin ont prétendu, mais sans preuves certaines, qu'il favorisait la production d'érysipèles.

Malgré le faible degré de solubilité de l'iodoforme dans les liquides de l'organisme, on a publié, en Allemagne surtout, de nombreux cas d'intoxication, dont quelques uns furent suivis de mort. Mais hâtons-nous de dire que la plupart des accidents doivent être imputés à l'emploi exagéré qui fut fait de cette substance soit en usage interne, soit dans les plaies cavitaires ou à vaste surface. Mais à côté de cela, il parait y avoir, chez certains individus, une idiosyncrasie, une prédisposition particulière contre l'iodoforme, particularité dont il est bon d'être prévenu. Les gens débilités et affaiblis par les maladies ou les longues suppurations paraissent plus exposés que tout autre aux dangers de l'intoxication.

Nous empruntons à M. Rohmer (*Revue de chirurgie*, 1882) les quelques faits qui suivent, relatifs aux accidents d'intoxication.

— « Oberlander, le premier, décrivit 2 cas dans lesquels, après l'usage interne de l'iodoforme (42 grammes en 24 jours et 5 grammes en 2 jours) il apparut des symptômes d'intoxication caractérisés par les phénomènes suivants : tout d'abord il se manifesta une sorte d'ivresse à laquelle succéda de la céphalalgie à l'occiput et à la nuque, une grande faiblesse avec sensation d'abattement, des inspirations profondes, de la diplopie avec une pupille normale; plus tard survint du délire suivi d'un état comateux. Peu à peu le mieux survint et les malades se rétablirent.

» En usage externe, c'est-à-dire après le pansement iodoformé, plusieurs cas d'intoxication suivis de mort ont été relatés. Mosetig fait mention de deux cas survenus à Vienne et de deux autres observés à Breslau.

» Deux cas rapportés par Mikulicz lui permettent de distinguer des intoxications à forme chronique et à forme aiguë. L'empoisonnement aigu survient dans les premières vingt-quatre heures et évolue en deux ou quatre jours. Il se caractérise par de la faiblesse, une perte d'appétit, des vomissements.

» Henry, à son tour, rapporte deux cas dans lesquels il observa un rétrécissement de la pupille, des dégénérescences graisseuses du cœur, du foie et des reins. Dans un cas cité par Mosetig, le malade succomba avec des symptômes méningés.

Le fait capital qui domine la scène dans les empoisonnnments par l'iodoforme, ce sont les phénomènes cérébraux. Ceux-ci se présentent sous deux formes principales : la forme méningitique et la forme délirante. La première s'observe surtout chez les enfants ; elle est caractérisée par la contracture, le coma, l'inégalité pupillaire, la rapidité du pouls sans élévation de température.

Chez l'adulte, on observe tantôt de l'excitation, tantôt de la dépression, mais ces symptômes sont moins accusés que chez l'enfant.

Enfin, Hœftmann de Kœnisberg sur mille malades traités par l'iodoforme, a observé deux cas suivis d'accidents graves : accès de manie aiguë avec rétention d'urine et élévation de température.

Comment prévenir ces accidents ? Max Shede conseille de ne jamais employer l'iodoforme sur les plaies fraîches très étendues, ni pour les grandes opérations pratiquées chez des vieillards ou chez des personnes débilitées ; et, en toute circonstance, être autant que possible réservé sur les quantités employées, surtout au début, dans les plaies à vaste surface.

MODE D'ACTION DE L'ÉTHER IODOFORMÉ

Nous devons maintenant nous demander quel est le mode d'action de cet agent thérapeutique, s'il agit en vertu de ses propriétés antiseptiques sur l'élément tuberculeux, ou en vertu de son action modificatrice sur les granulations provenant de tubercules.

Kœnig n'admet pas que l'iodoforme ait une action spécifique sur les granulations tuberculeuses; il attribue les résultats obtenus à ses propriétés antiseptiques.

Mosetig, au contraire, pense que, vu la petite quantité de sérosité qui s'écoule pendant l'action de l'iodoforme sur les fongosités, les granulations fongueuses doivent être dans ce cas ou bien résorbées ou bien changées en granulations saines.

Pour nous, adoptant pleinement les opinions récentes qui ont été émises sur la nature parasitaire de la tuberculose, nous rapportant en outre aux expériences instituées par Mikulicz sur les propriétés antiseptiques de l'iodoforme, nous penchons à admettre que cet agent doit, par sa présence, ou détruire les micro-organismes (bacilles, zooglées) ou les arrêter dans leur évolution. Il provoque des effets semblables à ceux qu'il détermine lorsqu'il est appliqué en poudre soit dans les plaies, soit à la surface même des fongosités exposées.

En d'autres termes, ou bien les micro-organismes sont tués par l'iodoforme ou bien ils deviennent incapables de se multiplier dans un milieu où cette substance a pénétré et a diffusé. Cette double interprétation a pour elle certains caractères de probabilité puisque Vallin, dans une notice publiée en 1883 dans le

Bulletin de l'Académie de Médecine (note sur les neutralisants du suc tuberculeux), à montré que les produits tuberculeux soumis à l'action de substances antiseptiques (soufre, sublimé corrosif, etc.) perdent leur caractère infectieux et leur inoculabilité.

Quant à l'éther, tenant en solution l'iodoforme, il répond admirablement à toutes les conditions thérapeutiques par son caractère infiniment diffusible. C'est là son immense avantage sur les autres dissolvants de l'iodoforme.

En effet, étant donnée la nécessité de mettre l'agent antiseptique en contact aussi intime que possible avec les tissus malades, il y avait lieu de trouver un véhicule capable de transmettre sûrement l'iodoforme jusque dans les parties les plus éloignées, les plus petits diverticules, capable de pénétrer partout, dans les trajets les plus sinueux et les plus étroits. On ne pouvait faire un choix plus heureux, et c'est ce qu'a fait M. Verneuil en s'adressant à lui.

Il a en outre le triple avantage de dissoudre très bien l'iodoforme, et d'être peu coûteux, de ne posséder aucune propriété toxique ; il entraîne partout avec lui, sur les tissus morbides, le médicament qui se dépose en une couche pulvérulente, mince, semblable, suivant la comparaison qui a été faite, à « la couche métallique mince qui se produit dans les opérations de galvanoplastie. »

Mosetig, en partisan convaincu de son action spécifique, n'est-il pas allé beaucoup trop loin en laissant entrevoir, sous toutes réserves, il est vrai, que l'iodoforme appliqué sur une plaie pouvait exercer une action à distance sur les foyers tuberculeux éloignés? En théorie, cette hypothèse est admissible par le fait même de l'absorption du médicament. Mais aucun fait résultant de l'expérimentation et de l'observation n'est venu, jusqu'à présent, confirmer la chose et, jusqu'à plus amples renseignements, nous pensons que son action sur les produits tuberculeux doit être considérée comme restant toute locale.

En résumé, de ce qui précède et de l'avis de tous ceux qui ont eu à se servir de l'iodoforme contre les processus fongueux et tuberculeux, il ressort ce fait capital que, appliqué à la surface d'une plaie résultant de l'ablation complète de masses tuberculeuses, cette substance paraît être, en même temps qu'un agent antiseptique excellent, la plus sûre garantie contre la récidive locale de la tuberculose. Nous adoptons en cela l'opinion de König : « tant que l'on n'aura pas trouvé à l'iodoforme dans le traitement des tuberculoses locales un succédané inoffensif, l'on ne pourra se refuser à l'employer contre ces affections ».

De Ruyter (de Berlin), dans une étude parue en 1887 sur l'action antiseptique de l'iodoforme, combat les idées de deux expérimentateurs danois qui ont affirmé que non seulement l'iodoforme n'avait pas d'effet antiseptique mais était même nuisible. Il a fait lui-même des recherches qui montrent que l'iodoforme agit sur les microbes dont il empêche le développement en se combinant à certains de leurs éléments. Volkmann, Senger sont du même avis et affirment son action antiseptique.

P. Bruns (1887) étudiant l'action anti-tuberculeuse de l'iodoforme reconnaît les bons résultats obtenus par les injections iodoformées dans les abcès froids tuberculeux et insiste sur l'action intime de l'agent anti-septique. L'examen histologique lui a montré que les bacilles disparaissaient et que les tubercules cessaient de se développer ; la membrane tuberculeuse de l'abcès, selon lui, se nécrose et subit la dégénérescence graisseuse pour être éliminée par des granulations très vasculaires. L'action anti-tuberculeuse de l'iodoforme est donc spécifique, anti-bacillaire.

M. Chantemesse, dans une étude toute récente, ayant soumis à un examen microscopique minutieux le liquide de formation nouvelle que l'on retire de la cavité des abcès tuberculeux aprés une ou deux injections d'éther iodoformé, y a constaté l'absence de bacilles tuberculeux et n'a obtenu que des résultats négatifs dans

les inoculations qu'il a pratiquées. Il n'est donc plus permis de mettre en doute la nature anti-bacillaire de l'iodoforme.

Expérience de M. Chantemesse. — Une première ponction ayant été faite dans un abcès froid, le pus fut inoculé à deux cobayes qui, sacrifiés deux mois après, présentaient de nombreux foyers tuberculeux.

L'abcès vidé avait été rempli d'éther iodoformé. Une deuxième ponction fut pratiquée après quelques semaines et le liquide fut à son tour inoculé a deux nouveaux cobayes qui restèrent bien portants et exempts de toute infection tuberculeuse, comme le démontra l'autopsie faite longtemps après l'expérience. L'iodoforme avait donc détruit la spécificité du pus.

INDICATIONS

Les affections chirurgicales qui sont le plus souvent traitées par les injections d'iodoforme, sont des suppurations froides, des fongosités articulaires ou osseuses de mauvaise nature, des fontes ganglionnaires que l'on réunit aujourd'hui dans le groupe compréhensif de tuberculoses locales.

Peut-être existe-t-il parmi ces abcès froids, ces ganglions suppurés, etc., des cas qui n'appartiennent pas en propre à la tuberculose. Peut-être le bacille ne donne-t-il pas toujours sa garantie de spécificité et il faudrait alors en revenir à l'ancienne distinction entre la scrofule et la tuberculose. Mais nous devons cependant, pour exposer cette question de thérapeutique, maintenir ce terme général, commode, en nous basant d'ailleurs sur les caractères cliniques des manifestations locales dont il s'agit.

Nous dirons donc qu'au point de vue pratique, c'est-à-dire considérées dans la manière de les aborder, les tuberculoses locales se présentent soit comme des masses de tissus dégénérés, mollasses, fongueux qui n'ont pas encore suppuré et soulèvent la peau amincie et non encore ulcérée; soit comme des collections purulentes qui sont évidemment la conséquence des mêmes transformations de tissu que précédemment, mais à un degré plus avancé.

Ces abcès peuvent être en contact direct avec les parties fongueuses, comme dans les suppurations ganglionnaires, les épidydimites, etc., ou bien ils peuvent être éloignés de leur point de départ, auquel les rattache un trajet souvent fort long. Ce sont là les abcès migrateurs. Si nous admettons que dans tous les cas le

tissu dégénéré, infiltré de tubercules, aboutissant à la fonte, est le vrai point de départ de la suppuration, nous remarquerons aussitôt qu'il est des cas dans lesquels cette lésion tuberculeuse, source du mal, est au-dessus de notre atteinte. Dans les abcès migrateurs, ossifluents, venant du rachis, par exemple, nous sommes presque toujours condamnés à la non-intervention vis-à-vis de la vertèbre malade. Le traitement de l'abcès n'est donc qu'un traitement partiel, mais qui ne doit pas être négligé. Il peut en effet supprimer des causes de mort et permettre à la maladie proprement dite de guérir.

Ainsi un traitement topique, bistouri, fer rouge, pommades, caustiques, iodoforme, pourra dans les tuberculoses locales s'adresser tantôt au foyer tuberculeux lui-même (ganglions fongueux), tantôt à la collection purulente qui en dérive (abcès ossifluents). Dans ce dernier cas, les parties immédiatement contiguës au pus pourront être atteintes et modifiées du même coup, d'une façon directe. Mais quelquefois le foyer du mal restera en dehors ds l'action directe des moyens topiques.

Prenons quelques exemples. Supposons une de ces synovites fongueuses qui, à l'occasion d'une petite plaie, se généralisent à la paume de la main chez des sujets prédisposés; ou bien encore ces masses fongueuses qui se développent parfois autour des malléoles chez les scrofuleux, après une simple entorse. Dans ces cas, point de suppuration encore; il en surviendra vraisemblablement un jour soit dans les gaînes tendineuses, soit dans les synoviales articulaires qui sont dès maintenant menacées, soit sous les téguments.

Dans ces circonstances, comme il n'y a pas d'abcès à ouvrir, drainer, injecter, on se borne le plus souvent à des moyens tels que révulsion, cautérisations plus ou moins profondes, compression, immobilisation, modificateurs généraux. Nous pensons que, dès ce moment, la prolifération des granulations tuberculeuses

qui donne lieu à ces *coussinets fongueux* doit être attaquée par le médicament spécial de la tuberculose, l'iodoforme.

Or, ne pouvant ni l'étaler sur la peau, ce qui est inutile, ni l'injecter dans des cavités non encore formées, nous l'introduirons dans le tissu cellulaire malade, au sein même ou à la périphérie des fongosités et cela à l'aide d'injections interstitielles d'éther ou d'un autre liquide iodoformé.

Ces injections pourront être faites à l'aide de divers véhicules, par plusieurs procédés techniques, mais nous en posons le principe dans des tissus infiltrés de tubercules; il faut porter l'iodoforme directement, interstitiellement, par de petites injections qui peuvent être regardées comme des effractions inoffensives.

Autre exemple : une arthrite fongueuse revêt un caractère plus avancé; on sent que la synoviale contient un liquide, pus ou sérosité trouble. Autour de l'article, sous la peau tendue et œdématiée, il existe des collections purulentes, manifestes. En un mot, nous avons devant nous une tumeur blanche suppurée. Ici le traitement opératoire paraît mériter la préférence. La question peut se poser entre la résection, l'arthrotomie et l'amputation. Toutefois à côté de ces grandes interventions, qui seront le plus souvent nécessaires, il y a encore place pour des manœuvres palliatives, préparatoires ou complémentaires. Les injections d'iodoforme dans les abcès périphériques, ou dans l'articulation elle-même, nous paraissent devoir occuper le premier rang parmi ces moyens secondaires, qui pourront être des manœuvres d'attente ou mieux des tentatives curatrices dans le cas où tout autre intervention serait contre-indiquée.

Un troisième groupe de faits nous est fourni par les abcès occupant un territoire plus ou moins éloigné du foyer tuberculeux. Telles les adénites suppurées du cou, de l'aisselle, de l'aîne; tels les abcès ossiffluents costaux ou vertébraux. C'est ici surtout que l'iodoforme fera merveille. Il sera employé en injections après

évacuation du pus. Nous appelons cette introduction de l'iodoforme injections cavitaires par opposition à injections interstitielles.

Les injections cavitaires auraient grand avantage à s'exécuter dans des cavités closes, dont le contenu aurait été préalablement soustrait par aspiration. C'est la pratique de Verneuil. Malheureusement beaucoup de ces abcès, ceux des ganglions surtout, se vident mal; des grumeaux viennent boucher la canule et fréquemment l'on est obligé de ponctionner au bistouri. Dans ce cas, l'injection est encore possible; elle est cavitaire, mais la cavité n'est plus absolument fermée. L'éther n'est plus alors utilisable et nous pratiquons l'injection de vaseline iodoformée chaude, coagulable avec occlusion consécutive de la plaie.

Cette vaseline, contenant 1/10 d'iodoforme, est tenue chaude au bain-marie; elle est absolument liquide à la température de 45 à 50° et aussitôt qu'elle a été injectée dans la cavité de l'abcès elle s'y fige et la maintient dilatée.

Quand on chasse le contenu de ces cavités quelques jours après l'injection, on expulse de la vaseline blanche qui s'est complètement dépouillée de l'iodoforme qu'elle tenait en suspension.

Dans les mêmes cas, nous employons aussi l'huile de vaseline iodoformée qu'il n'est pas besoin de faire chauffer. Mais ce liquide qui ne peut se figer s'écoule ensuite trop facilement d'un abcès qui demeure ouvert.

En résumé : nous appliquons l'iodoforme à toutes les tuberculoses locales. La méthode des injections convient à la plupart d'entre elles comme méthode curative; elle est utilisée dans quelques unes, les tumeurs blanches suppurées, comme ressource accessoires et complémentaires. Ces injections sont interstitielles ou cavitaires selon que l'on veut modifier des tissus fongueux ou une cavité en voie de suppuration. Les injections cavitaires peuvent se faire avec l'éther quand elles sont closes, ou dans le

cas contraire avec la vaseline liquide ou liquéfiée. La quantité employée peut atteindre de 10 à 50 grammes.

Les injections interstitielles se font avec l'éther et l'huile de vaseline. On en injecte dans les tissus de quelques gouttes à un ou deux grammes.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Le manuel opératoire des injections interstitielles et cavitaires est très simple et ne présente le plus souvent aucune difficulté pratique. Je ne m'occuperai dans ce chapitre que de la technique opératoire des injections d'éther iodoformé, telles qu'elles doivent être pratiquées dans les cavités closes des abcès froids et des abcès ganglionnaires.

Lorsque M. Verneuil proposa, en 1885, le traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé, il indiqua en même temps le mode opératoire et je me hâte d'ajouter que c'est souvent en partie de son application méthodique que dépend le succès. Aussi je crois devoir insister avec quelques détails.

Il convient tout d'abord de vider la poche de son contenu purulent par une ponction aspiratrice. Cette évacuation se fait avec l'aiguille n° 3 de l'appareil de Potain ou de Dieulafoy, en ayant bien soin de l'enfoncer dans le point le plus saillant de la tumeur, si toutefois la peau y est encore saine. Il arrive parfois que la canule peut être obstruée par de gros flocons albumineux. Il importe alors de ne pas exercer de pression sur les parois de la poche pour forcer le passage du liquide. On évite ainsi la rupture des vaisseaux sanguins qui tapissent la surface interne de l'abcès, auquel cas il pourrait se former des caillots qui seraient un obstacle aux ponctions ultérieures. M. Verneuil insiste avec raison sur ce détail opératoire et conseille de se servir d'un gros trocart dont on nettoiera la lumière par le passage d'un mandrin.

Le liquide évacué, on remplit la seringue de la solution d'éther iodoformé que l'on injecte lentement dans la cavité de l'abcès. La

quantité a injecter dépendra naturellement du volume de la tumeur, en se servant de préférence de la solution au vingtième, (5 gr. d'iodoforme dissous dans 100 gr. d'éther) il ne faudra jamais introduire plus de 4 à 5 gr. à la fois, pour ne pas déterminer des phénomènes d'intoxication surtout chez les personnes affaiblies ou déjà débilitées. Paul Reclus fait observer qu'avec ces quantités l'intoxication n'est pas à craindre : on n'a observé des accidents qu'avec des doses de 10, 15 et 20 grammes; et encore les cas sont-ils fort rares.

Pour les abcès de petite cavité, ceux de la grosseur d'une noix, par exemple, on pourra sans inconvénients faire usage d'une solution beaucoup plus concentrée (10 gr. d'iodoforme pour 100 gr. d'éther) et l'on injectera de 1 à 2 seringues de Pravaz.

Il peut arriver quelquefois qu'immédiatement après l'injection et sous l'influence de la volatisation rapide de l'éther à la température du corps, les parois de la poche se distendent et la pression intérieure augmente. Si alors l'ouverture faite par l'aiguille du trocart ou de la seringue n'est pas hermétiquement fermée, le gaz iodoformé trouve une issue par la piqûre, malgré la présence du collodion et de la baudruche, et le résultat de l'opération se trouve compromis.

C'est pour remédier à cet inconvénient que M. Verchère a proposé une légère modification dans le manuel opératoire. Je ne puis mieux faire qu'en citant l'auteur « Lorsque la peau qui recouvre l'abcès est épaisse et résistante, on enfonce le trocart très obliquement de façon a créer dans le tissu cellulaire un certain trajet entre la peau et la paroi même de l'abcès et à empêcher par cela même que les orifices interne et externe ne se correspondent. On applique ensuite le pansement obturateur (baudruche et collodion) et la solution toute entière sera maintenue dans la cavité.

« Mais si la peau qui constitue en partie la paroi de l'abcès est amincie, altérée, il y a lieu, surtout pour les abcès de petite

dimension, qui ne peuvent contenir qu'une petite quantité de liquide, d'introduire au préalable l'aiguille de la seringue de Pravaz dans la cavité et de la laisser à demeure. Celle-ci servira, après l'aspiration du contenu, à faire l'injection d'éther iodoformé. Dans un autre point de la tumeur on vide la poche avec l'aiguille n° 3 de l'aspirateur de Dieulafoy, et, après avoir retiré le trocart on ferme soigneusement l'ouverture avec la baudruche et le collodion. Lorsque l'occlusion est parfaite, on injecte alors par l'aiguille de Pravaz restée à demeure la quantité jugée nécessaire de la solution éthérée. La précaution qui consiste à enfoncer l'aiguille de Pravaz avant de faire l'aspiration permet d'être sûr que l'on est bien dans la cavité.

Lorsqu'on a à faire à des abcès déjà volumineux siégeant dans les régions où les téguments sont minces et peu extensibles, il peut arriver que la peau soit altérée sur toute l'étendue de la surface convexe de l'abcès. Dans ces tissus dont la vitalité est compromise, il est à craindre que le trajet, quelque court et quelque petit qu'il soit, ne puisse revenir sur lui-même, ce qui favoriserait l'écoulement au dehors des vapeurs d'éther et d'iodoforme et l'opération courrait grand risque d'être compromise. Pour éviter cette fistule et cet inconvénient, on a proposé et conseillé d'introduire l'aiguille en tissu sain et à quelques millimètres en dehors de la cavité que l'on cherche à atteindre par un trajet aussi oblique que possible. Comme dans les autres cas, après avoir retiré le trocart, on ferme la plaie avec la baudruche et le collodion.

Dans les abcès ganglionnaires, adénites et gommes scrofuleuses, où la cavité est généralement petite, on peut injecter une solution plus concentrée d'iodoforme (10 p. 100 d'éther), 15 à 40 grammes de liquide, sans crainte d'amener des accidents d'intoxication. J'ai indiqué plus haut les petites modifications qu'il y a lieu de faire subir au manuel opératoire : c'est d'employer la seringue de Pravaz par laquelle on injecte l'éther.

Ces petits détails ont bien leur importance quand on opère au cou, surtout chez des jeunes filles qui ont tout intérêt à ne pas présenter de cicatrices.

Il est assez difficile pour ne pas dire impossible de fixer à l'avance le nombre des injections qui seront nécessaires pour obtenir la guérison complète. En règle générale, pratiquer la première le plus tôt possible et dès que l'abcès sera en voie de formation, et, entre chaque injection, on laissera un intervalle de trois semaines à un mois en ayant soin chaque fois de vider la poche du liquide de formation nouvelle. Une troisième, une quatrième ponction sont quelquefois nécessaires jusqu'à rétraction complète de la cavité.

Il importe de signaler quelques particularités et quelques inconvénients qui peuvent survenir immédiatement après l'injection et contre lesquels il est bon d'être prévenu et de prévenir la famille et le malade quand on opère dans la clientèle civile.

Outre une douleur peu intense et très supportable, le plus souvent il arrive que, par suite de la volatilisation rapide de l'éther mis en contact avec la température du corps, il se produit une distension souvent considérable de la poche qui, à la percussion, donne un son tympanique et qui peut aller jusqu'à inquiéter le malade et son entourage. Quand on opère dans des régions avoisinant le larynx ou le pharynx, il peut survenir des phénomènes de compression et de suffocation. Il est facile de remédier à ces inconvénients que l'opérateur doit prévoir et surveiller.

Nous empruntons les faits suivants à la pratique de M. Verchère et P. Reclus.

« Chez un malade qui était porteur d'un abcès froid du volume d'une pomme sur les côtés de la trachée, il survint après l'injection une distension assez considérable pour amener la compression de la trachée, de la gêne respiration avec anxiété et des douleurs très vives » (Verchère).

P. Reclus rapporte le fait suivant dans ses *Cliniques chirurgicales* (1888). « J'avais pratiqué en ville une injection dans un abcès migrateur de la cuisse. Après mon départ, les douleurs furent assez vives pour que les parents appelassent un médecin. Lorsque celui-ci vit la peau tendue, violette, sonore à la percussion, il crut à une gangrène gazeuse à marche foudroyante et prévint les parents d'une mort certaine et prochaine. Au bout de quelques heures, les souffrances diminuent, la tension est moindre, la peau reprend un peu de sa souplesse et de sa vitalité primitives. »

Chez un autre malade (cas rapporté par M. Verchère) à la suite d'une injection dans un abcès froid, étalé au niveau de la fosse temporale, nous vîmes se produire une infiltration considérable de vapeurs d'éther. La poche s'étant probablement rompue, en quelques instants tout le péricrâne se décolla, se tendit et la tête prit un volume considérable. A la percussion, tout le cuir chevelu était sonore. Les douleurs étaient très vives. Nous introduisîmes alors en différents points plusieurs aiguilles de Pravaz que nous laissâmes à demeure; l'éther s'échappa peu à peu et le cuir chevelu reprit sa position. Aucun incident ne survint à la suite de ce décollement et la guérison de l'abcès se fit rapidement.

Il faudra donc être prévenu de ces accidents, ne pas s'effrayer outre mesure si on les voyait se produire et y remédier aussitôt en vidant le trop plein de la cavité et en donnant issue aux vapeurs d'éther par l'introduction d'une ou plusieurs aiguilles de la seringue de Pravaz.

SUITES DES INJECTIONS D'ÉTHER IODOFORMÉ

1° *Suites immédiates.* — Nous ne reviendrons pas sur les accidents et complications qui peuvent se présenter après les injections iodoformées et que nous n'avons jamais vu survenir du reste, dans le service de M. le professeur Fontan.

Si l'injection a été copieuse et faite dans une cavité close, il y a distension gazeuse et le tympanisme persiste plusieurs jours. Il est graduellement remplacé par une condensation des tissus péri-cavitaires qui paraissent se feutrer et s'infiltrer de lymphe plastique autour du foyer injecté. Ces transformations s'achèvent comme nous allons le voir tout à l'heure.

Dans les injections interstitielles, où la masse qui a pénétré se réduit à quelques gouttes, il n'y a guère d'effet sensible, si ce n'est une cuisson très fugitive. Dès les premiers jours, l'empâtement fongueux paraît se fondre et les téguments s'assouplir.

La vaseline iodoformée produit des effets analogues, mais elle est indolore.

Ce qui, dans tous les cas, est très remarquable, c'est l'absence constante de toute inflammation provoquée par ces injections et la suppression ordinaire de toute inflammation préexistante. La peau redevient souple, naturelle, là où elle menaçait de s'ulcérer, et le pus est souvent immédiatement tari.

Dans bien des cas, il y a eu ainsi suppression des collections purulentes et en quelque sorte réunion de leurs parois par première intention.

2° *Suites éloignées.* — Quel est le mode de terminaison alors que la poche s'est affaissée sur elle-même par le fait de sa rétrac-

tion? Au point où se trouvait l'abcès, il se forme un épaississement, une induration le plus souvent fixe et adhérente aux parties profondes. Cette induration est constituée par le retrait de la coque fibreuse de l'abcès lui-même, après disparition de sa membrane profonde, de sa membrane tuberculeuse.

Lorsqu'à la face profonde de la poche il existe une épaisse couche tuberculeuse, celle-ci se désorganise peu à peu. La prolifération des bacilles spécifiques ne se faisant plus, la poche subit une véritable mortification, elle se détache peu à peu de la coque fibreuse et forme au centre de la cavité un amas, un bourbillon de volume variable. Ce bourbillon s'engage dans l'orifice cutané et s'élimine.

La cavité de l'abcès, après l'issue de la couche tuberculeuse, est dès lors limitée par des bourgeons charnus de bonne nature qui finissent par la combler et la guérison survient.

AVANTAGES DE LA NOUVELLE MÉTHODE SUR L'INCISION DE LA POCHE ET SON GRATTAGE

Un procédé qui, dans ces dernières années, semble avoir donné, lui aussi, de beaux succès dans le traitement des abcès froids, sous cutanés, ossifluents, ganglionnaires, c'est l'incision de la poche et son grattage rigoureux avec la curette tranchante.

Mais si l'on établit le parallèle entre les avantages et les inconvénients des deux méthodes, on arrive aux conclusions suivantes :

Les avantages des injections peuvent se grouper sous trois chefs :

1° Absence de cicatrice visible ou déformante. L'on sait le désagrément d'une cicatrice, surtout chez une femme, surtout au cou, le siège habituel des adénites tuberculeuses;

2° La récidive des abcès guéris par les injections iodoformées est moins à craindre;

3° Elles sont applicables dans tous les cas, alors que le grattage parfait est souvent impossible et par suite inutile. Quand on a à faire à des abcès ossifluents du bassin, du fémur, de la colonne vertébrale, pour ne citer que ces exemples, comment aller avec une curette nettoyer une fosse iliaque de ses fongosités ? Comment poursuivre un trajet fistuleux qui, du tiers moyen de la cuisse, va déboucher dans une tumeur blanche du genou ? N'est-il pas évident que dans la plupart des cas, quelque audacieux que soit un chirurgien, ce serait téméraire que de vouloir poursuivre les fongosités tuberculeuses, sans compter l'impossibilité absolue d'une pareille pratique opératoire ? Le raclage complet est donc impossible, dangereux souvent; s'il est incomplet, il devient inutile. Avec

les injections, tout est à l'avantage du malade et du chirurgien : c'est l'éther qui fait tous les frais en transportant le topique dans tous les points où sa présence est nécessaire.

On a reproché, il est vrai, aux injections de n'avoir que des résultats beaucoup plus tardifs que ceux obtenus par le raclage, quelques abcès volumineux, surtout ceux d'origine osseuse, demandant 3, 4, 5 et même 6 mois, avant d'arriver à guérison complète. Mais par contre, dans bien des cas, les malades ne sont pas alités et pendant la durée du traitement ils peuvent vaquer à leurs occupations. Nous en trouverons des exemples dans les observations que nous produisons. C'est là encore un avantage sérieux, surtout en dehors de la pratique hospitalière.

Le grattage ou l'extirpation de la poche avec la curette tranchante présente un triple inconvénient :

1° L'*auto-inoculation possible.* — L'instrument tranchant peut ouvrir des vaisseaux de la zone suspecte au milieu de laquelle on opère ; dès lors, les bacilles sont absorbés et les faits ne sont pas rares où une méningite, une pneumonie tuberculeuse, une granulie ont été le résultat de cette intervention sanglante ;

2° *La récidive est fréquente.* — On laisse quelques ganglions malades déjà, quelques traînées nodullaires au milieu des mailles du tissu conjonctif et le foyer caséeux ne tarde pas à se reformer ;

3° L'opération est d'une exécution longue et difficile, quelquefois inutile et impossible.

Concluons brièvement de tout ce qui précède avant d'en arriver aux faits cliniques :

1° Toutes les collections tuberculeuses ou ganglionnaires, idéopathiques ou symptomatiques d'une lésion osseuse, sont justiciables de la ponction suivie d'injections d'éther iodoformé.

2° La guérison est parfois rapide, mais dans les abcès volumineux, plusieurs ponctions et injections seront nécessaires. Une injection par mois ou toutes les trois semaines sera généralement

suffisante. Ne pas injecter plus de 4 à 5 grammes d'iodoforme chaque fois ;

3° Si la peau s'ulcère, la poche s'éliminera sous forme de bourbillon et la guérison suivra (8 jours à un mois) ;

4° Il n'y a pas d'accident à craindre ; aucune cicatrice ; le malade pourra, dans bien des cas, suivre ses occupations.

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Il va de soi que, comme dans toute diathèse, le traitement général viendra appuyer le traitement local.

La première indication à remplir sera de placer les malades dans les meilleures conditions hygiéniques possibles : la vie au grand air, à la campagne, et de préférence dans le voisinage de la mer. Les bains de mer et une saison aux eaux de Salies-de-Béarn seront presque toujours indiquées.

Un régime tonique et un traitement médical bien conduits : huile de foie de morue, liqueur de Fowler, etc., ne pourront que hâter la guérison et maintenir l'état général.

OBSERVATION I (résumée)

(M. Verchère, *Revue de chirurgie*, 1886).

Le nommé Prof..., Albert, 24 ans, entré le 6 décembre 1884 à l'hôpital de la Pitié.

Depuis plusieurs mois la marche est impossible, douleur vive au niveau de la hanche, le membre supérieur est complètement immobilisé ; pas de douleur à la pression du talon.

Le malade est immobilisé dans une gouttière. Les douleurs sont calmées, mais en mars 1885, lorsqu'on essaie de lever le malade, la marche est impossible. Les douleurs disparaissent et forcent à immobiliser de nouveau. En explorant avec attention, on trouve dans la fosse iliaque une tumeur fluctuante. Abcès de la fosse iliaque, dû probablement à une lésion de l'os iliaque. L'état général est très satisfaisant.

14 juin 1885 : Première ponction. Issue de 700 gr. de pus. Injection de 45 gr. de solution d'éther iodoformé à 5 p. cent.

Les jours qui suivent, les douleurs ont en grande partie disparu.

1er août 1885 : Deuxième ponction. Issue d'un litre de sérosité filante, de couleur brunâtre. On y trouve de l'iode.

Le malade sort le 23 août. A ce moment les douleurs ont disparu. Le membre inférieur est immobile.

Revient dans les salles au mois de novembre 1885. Le membre ne peut toujours être fléchi. Douleurs au niveau du grand trochanter. Atrophie des muscles du membre inférieur.

Le malade est encore actuellement dans les salles. Son *abcès froid est complètement guéri*. Dans la fosse iliaque, comme seule trace de sa présence, il ne reste qu'une induration incolore du volume d'une petite pomme ; en aucun point, il n'est possible de trouver de la fluctuation.

L'état général est très satisfaisant. Le malade marche avec des béquilles; a conservé l'appétit ; du côté des poumons, les symptômes restent stationnaires depuis plus d'un an.

OBSERVATION II (résumée)

(M. Verneuil, *Revue de chirurgie,* 1886).

Il s'agit d'un grand garçon scrofuleux, 23 ans, qui entre à l'hôpital de la Pitié, porteur d'un vaste abcès froid siégeant à la nuque et allant de la protubérence occipitale externe jusqu'à la septième cervicale et faisant en arrière une saillie du volume de deux poings.

La pression est douloureuse vers la troisième vertèbre dont les lames étaient vraisemblablement altérées. Une injection cavitaire fut faite et on injecta environ 3 gr. d'iodoforme dans la poche, laquelle se gonfla aussitôt.

Au bout d'une semaine, un point rouge apparut au niveau de la piqûre du trocart ; une perforation de la peau se forma ; le pus fluide sortit d'abord, puis à travers l'ouverture spontanément agrandie, s'échappe une sorte de bourbillon jaunâtre, pareil à celui des gommes, comme si la paroi interne de la poche s'était exfoliée.

Le recollement s'effectua de lui-même et au bout d'un mois cette vaste collection avait disparu.

OBSERVATION III

Abcès froid volumineux ossifluent

(M. Verchère, *Revue de chirurgie,* 1886).

L... Amédée, 32 ans, jardinier, entré le 18 décembre 1884 à l'hôpital de la Pitié. Apparence vigoureuse, aucun antécédent strumeux. Deux mois auparavant, il voit apparaître vers la partie moyenne du thorax une tumeur présentant les signes caractéristiques de l'abcès froid costal et qui augmente progressivement de volume.

A son niveau, existe un point douloureux et la saillie siège vers la sixième côte. Elle mesure 35 centimètres transversalement et 10 à 12 centimètres en hauteur. Elle présente deux lobes communiquant l'un avec l'autre; la peau est saine.

L'état général semble parfait. Néanmoins, à l'auscultation, on perçoit des craquements au sommet du poumon gauche.

21 décembre 1884 : Ponction avec l'aiguille Dieulafoy n° 3. On extrait 750 gr. d'un pus crémeux. Injection de 80 gr. d'éther iodoformé à 5 p. cent.

La poche de l'abcès reste sonore jusqu'au 1er janvier.

8 janvier 1885 : La poche qui n'est plus sonore est de nouveau remplie de liquide. Nouvelle ponction fournissant 300 gr. de liquide, couleur de chocolat, filant et sans odeur.

21 janvier : Nouvelle ponction qui ne donne plus issue qu'à 100 gr. de liquide jaune brun. Injection de 20 gr. d'éther iodoformé. Distension de la poche.

Le malade sort le 25 janvier et reprend ses occupations journalières. La poche encore distendue et sonore, ne cause ni gêne, ni douleur.

Rentré à l'hôpital le 24 février. A ce moment la poche, qui a diminué considérablement de volume, présente les dimensions suivantes : longueur transversale, 12 centimètres, hauteur 3 à 4 centimètres.

Le 28 : Injection de 25 gr. d'éther iodoformé. Le 7 mars, le malade retourne chez lui et a été revu au mois de novembre 1885 ; depuis sa sortie de l'hôpital, il n'a pas cessé un seul jour ses travaux. L'abcès a totalement disparu et le point douloureux n'existe plus.

Malheureusement l'état général n'est pas aussi satisfaisant; le malade tousse, il a maigri et l'auscultation donne des phénomènes de tuberculose pulmonaire aux sommets.

OBSERVATION IV

Abcès ossifluent.

(Thèse de Mattei.)

Kl..., Elen, 46 ans, entrée le 22 janvier 1884 à l'hôpital de la Pitié.

Manifestement scrofuleuse, Kl... est dans l'état le plus grave et presque moribonde. Douleurs vives, fièvre intense, insomnie, inappétence. Elle présente un abcès occupant la région rénale droite, s'étendant transversalement jusqu'à la partie droite de l'abdomen.

La peau est rouge, enflammée, sur le point de s'ouvrir. L'abcès semble provenir d'une lésion des apophyses transverses des vertèbres lombaires.

25 janvier 1884 : Ponction. Grande quantité d'un liquide mélangé de sang et de pus. Injection d'iodoforme à 1/20.

La rougeur de la peau disparaît, les phénomènes généraux s'amendent, la fièvre tombe.

7 mars : Deuxième ponction suivie d'injection. Au bout de quelques jours, la tumeur est considérablement réduite. L'appétit tend à revenir. L'état général est très amélioré.

28 avril : Troisième ponction suivie d'injection. L'amélioration locale et l'état général font dès lors des progrès extraordinaires.

Vers le 15 mai la tumeur a presque complètement disparu. L'appétit est revenu.

28 mai : Il ne reste plus rien de la tumeur et la malade sort.

OBSERVATION V (résumée)

Abcès tuberculeux idiopathique.

(M. Verchère, *Revue de chirurgie*, 1886.)

Louise B..., sans profession, 16 ans, entrée le 17 octobre 1885 à la Pitié.

Forte et vigoureuse, aucun antécédent de scrofule. Lymphatique.

Début en janvier 1885 d'une petite tumeur siégeant au niveau de l'épitrochlée du coude gauche. Elle s'étend en avant et descend en bas jusqu'à l'articulation ; celle-ci est libre, non douloureuse, saine. La tumeur présente le volume d'une pomme. La peau est normale.

24 octobre 1885 : Ponction. Injection de 20 grammes d'éther iodoformé à 10 p. 100. Occlusion avec collodion et baudruche.

5 novembre : La tumeur a diminué de moitié. La paroi est plus dure, plus résistante, mais le liquide s'est en grande partie reproduit.

La malade sort le 15 novembre. Revue le 25 novembre. La poche est épaissie, mais présente encore de la fluctuation. Excellent état général.

Nouvelle ponction et injection d'éther iodoformé à 10 p. 100.

Revue le 20 décembre. Il reste une petite tumeur arrondie, dure, à peine du volume d'une petite noisette. Aucune douleur. La guérison est complète.

OBSERVATION VI (résumée).

(M. Verchère, *Revue de chirurgie.*)

Abcès froid symptomatique d'une lésion osseuse ou articulaire.

Angélique J..., 29 ans, entrée le 6 octobre 1885 à l'hôpital de la Pitié. Salle Lisfranc, nº 23.

Bonne santé antérieure. Rien dans l'enfance. Quelques glandes au cou à 15 ans. Cicatrice scrofuleuse sous le menton.

Actuellement, abcès froid du volume d'un poing d'adulte siégeant à la nuque. Début il y a deux ans.

9 octobre 1885 : Ponction et injection de 20 grammes de solution à 10 p. 100.

La poche se distend, douleur très vive. On pique avec deux aiguilles de Pravaz qui laissent échapper l'éther. La tumeur s'affaisse et les douleurs disparaissent.

23 octobre : Ouverture spontanée par un tout petit orifice; la peau s'est amincie au niveau du point où a été faite la ponction.

28 octobre : Injection d'une seringue de Pravaz d'éther iodoformé à 10 p. 100.

31 octobre : La tumeur est gonflée, la peau est mince en deux ou trois points et semble prête à s'ulcérer.

12 novembre : La plus grande partie de la poche est recollée. La peau a repris son aspect normal. Injection d'une seringue de Pravaz de solution d'éther.

La malade ne souffre pas, et n'ayant plus de tumeur saillante, demande à sortir le 13 novembre.

Elle revient le 5 décembre 1885. Excellent état général. La région occupée par l'abcès est indurée, épaissie, mais ne présente pas de saillie. Il n'existe plus d'abcès, il n'y a pas de cicatrice.

OBSERVATION VII

Avec autopsie montrant comment se répand l'iodoforme dans les cavités.

(M VERCHERE, *Revue de chirurgie*, 1885).

Lansz X..., armurier, 38 ans, entré le 8 décembre 1886 à la Pitié.

Il y a 6 mois, le malade ressentit une douleur assez vive au genou gauche; après avoir continué quelques jours son travail, il entra dans le service de M. Verneuil.

On diagnostiqua une tumeur blanche et on le mit dans une gouttière. Il resta trois mois dans cette gouttière et on posa au bout de ce temps quatre cautères à la pâte de Vienne, deux au-dessus, deux au-dessous du genou. Au bout d'un mois les cautères suppurèrent beaucoup moins; ils étaient sur le point de se fermer. On renvoya le malade qui, suivant son dire, souffrait encore de son articulation.

Peu de temps après sa sortie de l'hôpital, les cautères se fermèrent complètement. Il y a un mois tout paraissait terminé, quand le genou se mit à gonfler.

Le 8 décembre 1886 : Le malade entre de nouveau dans le service de M. Verneuil avec un vaste abcès froid occupant toute la région externe de la cuisse gauche, depuis le grand trochanter jusqu'au condyle externe, ne semblant pas avoir de rapport avec la tumeur blanche.

Le 17 décembre : M. Verneuil fait la ponction de l'abcès avec l'aspirateur Potain. On retire à peu près 1 litre et demi de pus, ensuite injection d'éther iodoformé d'environ 125 gr. Application d'un pansement ouaté.

Le 18 décembre : Le malade n'a présenté aucun symptôme d'intoxication par l'iodoforme, mais son genou le fait toujours souffrir. On replace l'appareil silicaté qui avait été enlevé et les douleurs cessent. Température le soir, 38.

Le 19 décembre : Le malade a bien dormi, ne souffre plus du tout.

Température : M. 37,6, S. 38.8.

Les jours suivants l'affaiblissement s'accentue et le malade meurt de ses lésions pulmonaires le 25 décembre.

Autopsie (résumée) : Cerveau : œdème considérable et abondance de sérosité dans la cavité arachnoïdienne. Pas de tubercules miliaires appréciables à l'œil nu.

Poumons : infiltrés de foyers tuberculeux ramollis et de volumes variables. Cavernes au sommet gauche principalement.

Abcès : La cavité suppurante partait du grand trochanter, mais sans dénudation osseuse en ce point. Elle s'étendait à toute la portion externe de la cuisse, dont la peau était décollée.

Arrivée au-dessus des condyles fémoraux, la cavité traversait la partie postérieure de la cuisse par un couloir assez étroit, situé immédiatement en arrière de l'os. On se trouvait ainsi conduit à la partie interne de la cuisse et du genou, où la cavité suppurante s'étalait à nouveau, envoyant des prolongements en arrière de l'articulation et dans l'intérieur même de la cavité articulaire. Nous avons pu, en suivant les parois de l'abcès, pénétrer dans le genou, en arrière de la rotule. En ce point, on sentait une dénudation osseuse du condyle interne du fémur qui semblait être le point de départ de cette formation purulente.

La paroi interne de l'abcès était doublée d'un dépôt de cristallisations d'iodoforme qui formait en certains points de grandes écailles jaunes. Malgré que l'injection d'éther iodoformé eût été faite à la partie externe et supérieure de la cuisse, on pouvait se rendre compte que l'iodoforme avait pu être porté partout.

OBSERVATION VIII

(Clinique chirurgicale, salle 5. Service de M. Rouvier, médecin en chef, hôpital principal de Toulon).

Abcès froid idiopathique.

Yvon L..., 22 ans, matelot à bord de la *Couronne,* entre à l'hôpital Principal à Toulon, salle 5, le 10 décembre 1887.

Cet homme est porteur d'un abcès froid siégeant à la partie latérale gauche du cou. L'abcès, du volume d'une orange, s'étend du bord postérieur de l'apophyse mastoïde au raphé médian cervical postérieur, et des insertions supérieures du trapèze gauche à 7 ou 8 centimètres en bas.

La fluctuation est manifeste, la peau est tendue, mais ne présente pas de trace d'inflammation. Pas de douleur. Le malade exécute librement tous les mouvements du cou.

20 décembre : Première ponction avec l'aspirateur de Potain. On retire 60 gr. environ de liquide purulent, d'aspect jaune-verdâtre, gluant et visqueux. Injection de 20 gr. environ d'éther iodoformé à 5 p. cent. Douleur assez vive après l'injection.

2 janvier : La tumeur a considérablement diminué de volume et on constate de l'induration.

11 janvier : La tumeur s'affaisse de plus en plus. L'induration persiste.

12 février : La tumeur et l'induration ont complètement disparu.

3 mars : Le malade sort guéri et est envoyé en convalescence.

OBSERVATION IX

(Service de M. le Dr Fontan ; hôpital Saint-Mandrier.)

Battany, matelot breton, 22 ans, atteint de fongosités périmalléolaires, suite d'entorse. Scrofule manifeste. Il y a 3 mois, a fait une chute dans laquelle son pied a été renversé en dehors. Soigné à l'infirmerie du bord.

9 mai 1887 : Entre à l'hôpital ayant un gonflement général du pied, avec coussin fongueux, mollasse, en dessous et en avant de la malléole interne. Point douloureux à la pression au niveau de l'articulation médio-tarsienne.

Immobilisation à angle droit à l'aide d'un bandage.

5 juin : N'a fait aucun progrès. Masse fongueuse s'étalant en dessous de la malléole. Peau rouge, sombre, amincie. Mouvements du pied gênés, douloureux ; atrophie du mollet et surtout du tiers inférieur de la jambe.

Injection interstitielle de trois gouttes d'huile de vaseline iodoformée, en avant et au-dessous de la malléole interne.

10 juin : Même injection en avant de la malléole, en plein coussin fongueux.

14 juin : Troisième injection sous-cutanée.

24 juin : Il persiste encore un peu d'empâtement, mais les fongosités ont disparu. Peau épaisse et forte ; mouvements libres, ne souffre plus.

6 juillet : Nouvelle injection sous-cutanée en regard de l'interligne médio-tarsien, qui est douloureux à la pression.

11 juillet : Cinquième injection.

17 juillet : Le gonflement fongueux a entièrement disparu. La peau est sèche et peu souple. Il n'y a plus aucune douleur et les mouvements sont libres. Le malade se promène beaucoup dans la journée.

28 juillet : La guérison paraît complète; sort pour aller en congé.

10 novembre : Battany a repris son service après trois mois de convalescence. Il se plaint de quelque faiblesse dans le pied; mais on n'y voit aucune altération apparente.

OBSERVATION X

(Service de M. le Dr Fontan; hôpital Saint-Mandrier.)

Bipoche, 22 ans, matelot, atteint d'adénite crurale droite suppurée, a été traité depuis le 10 avril par les caustiques de Vienne, les injections détersives, etc.

17 juin 1887 : Actuellement il persiste un trajet fistuleux situé au sommet du triangle de Scarpa et par lequel on évacue chaque jour une vingtaine de grammes de pus. Il existe là, assez profondément, une cavité provenant de la fonte d'un ganglion.

19 juin : Injection de 20 grammes de vaseline iodoformée chaude. Obturation de la fistule à l'aide d'un petit tampon de gaze iodoformée.

24 juin : Depuis le jour de l'injection, il s'est produit une petite masse indurée, grosse comme une noix, non enflammée et sans écoulement purulent.

30 juin : La masse indurée s'aplatit et s'efface, la suppuration n'a pas reparu, la fistulette s'est oblitérée comme par première intention.

5 juillet : Sort guéri sans qu'il reste de trace de son abcès ganglionnaire.

OBSERVATION XI

(Service de M. le professeur FONTAN, hôpital Saint-Mandrier).

Kerlizen, matelot, 28 ans, renvoyé de la Martinique comme étant atteint d'orchite tuberculeuse depuis 8 mois.

Testicule droit volumineux, induré, revêtu d'une lame de liquide dans la vaginale. Epidydime indurée, noueuse, adhérente à la peau du scrotum. A ce niveau, une fistule laisse écouler une petite quantité de muco-pus. A gauche, petites nodosités d'aspect tuberculeux dans l'épidydime. Rien à la prostate. Etat général émacié, débile. Rien de caractérisé dans les poumons.

26 juin 1887 : Injection dans les nodosités de l'épidydime droite avec la seringue de Pravaz, de 3 gouttes d'éther iodoformé.

2 juillet : Nouvelle injection semblable à la première.

6 juillet : Même injection.

18 juillet : A la suite des injections d'éther iodoformé, les masses tuberculeuses se sont fondues rapidement. Le changement est considérable. Il persiste cependant une adhérence à la peau avec une fine fistulette.

L'état général a beaucoup gagné. Le malade sort pour aller en congé.

Réflexions. — Il n'y a pas eu guérison complète et nous ne savons si cette amélioration a été de longue durée. Mais le fait certain consiste dans la résolution graduelle des masses engorgées sous l'influence de nos injections interstitielles, et dans la résorption des produits caséeux déjà formés.

OBSERVATION XII

(Service de M. le professeur FONTAN, hôpital Saint-Mandrier).

Ansquer, matelot breton, scrofuleux, atteint d'adénite cervicale suppurée. Plusieurs séjours antérieurs à l'hôpital pour la même affection.

3 juin 1887 : Porte actuellement un ganglion ramolli près de l'angle de la mâchoire ; sans l'ouvrir, ni sans évacuer le pus, on y pratique une injection cavitaire de 1 gr. d'éther iodoformé.

4 juin : Condensation de l'abcès : induration des parties voisines.

11 juin : Deuxième injection, faite cette fois avec 1 gr. d'huile de vaseline iodoformée.

12 juin : Aucune inflammation.

19 juin : La fluctuation persistant, on fait une ponction. Issue de pus mélangé de gouttes huileuses. L'iodoforme en poudre reste dans la cavité et sort seulement à la fin, par pression de la poche.

Injection de vaseline iodoformée figeable.

5 juillet : La poche a été comblée immédiatement, comme dans une réunion par première intention. Il n'y a pas eu une goutte de pus.

Réflexions : Notons que les tentatives pour injecter des liquides iodoformés dans un abcès sans en évacuer le contenu, ont tout à fait échoué dans ce cas comme dans plusieurs autres. En revanche, la guérison a été instantanée dès que le pus a pu être évacué avant une injection iodoformée.

OBSERVATION XIII

(Service du Dr Fontan, hôpital Saint-Mandrier).

M..., Joseph, 24 ans, entré à l'hôpital le 11 février 1888. A son arrivée, présente sur la verge depuis 10 jours une petite érosion survenue à la suite d'un coït.

Depuis 4 jours s'est développée une adénite inguinale sous forme de tumeur ovoïde ne représentant pas encore de fluctuation.

18 février : Injection de 1 gr. d'éther iodoformé. Fluctuation.

19 février : Il s'est produit une certaine condensation, mais la fluctuation est toujours manifeste.

21 février : Ponction au bistouri. Issue de 12 à 20 gr. de pus, injection de vaseline iodoformée.

25 février : Depuis hier matin mal de gorge, les amygdales sont gonflées. Douleurs vives dans l'oreille.

27 février : Ecoulement abondant de l'oreille et cessation des douleurs.

1er mars : Depuis l'injection de vaseline iodoformée dans la tumeur, il

s'est formé un noyau condensé, dur, au devant duquel la peau glisse librement.

4 mars : Les petites plaies formées par les ponctions sont cicatrisées et ne donnent passage ni a du pus, ni à de la sérosité.

17 mars : L'induration a complètement disparu. Sort guéri.

OBSERVATION XIV

(Communiquée par le Dr Fontan)

Enfant de 5 ans, atteinte de coxalgie depuis 8 mois, immobilisée dans un appareil. Cette petite fille, rose et fraîche, à chairs épaisses et molles, supporte bien l'immobilisation, grâce à laquelle le membre pelvien gauche a une bonne attitude. Quelques soubresauts douloureux la nuit. Alimentation et traitements internes appropriés.

En janvier 1888, on voit survenir une collection purulente froide dans la fosse iliaque gauche. La peau rougit et s'amincit au sommet de la tumeur. Un mouvement fébrile se montre le 20 janvier. Nous sommes appelé à ce moment par les médecins traitants. On donne le chloroforme. Sommeil difficilement obtenu, l'enfant étant issue de parents alcooliques.

Ponction et évacuation de 120 à 150 gr. de pus séreux, à l'aide de l'aspirateur de Potain. Injection par la canule du trocart employé de 25 gr. d'éther iodoformé. Occlusion.

La fillette réveillée pousse des cris pendant une minute, puis se calme. La moitié gauche du ventre est tendue et tympanisée. Nous surveillons avec soin pendant quelques minutes les accidents qui pourraient se produire. Il n'en survient aucun. Pansement légèrement compressif.

Les jours suivants, l'enfant reprend sa gaîté. La fièvre ne se montre plus. La fosse iliaque demeure indurée pendant quelques jours, puis s'affaisse et s'assouplit graduellement.

2 février : 12 jours après la ponction, on trouve dans la fosse iliaque une masse condensée, adhérant obscurément à la peau, avec sensation d'une petite quantité de liquide au centre du massif.

10 mars : Nous revoyons l'enfant qui n'a plus trace de fluctuation dans

la fosse iliaque. Ce côté reste seulement un peu moins souple et moins dépressif que l'autre.

20 avril : Tenu au courant par le médecin ordinaire, nous savons que depuis aucune suppuration n'a menacé de se reproduire. L'état général est satisfaisant. L'immobilisation est maintenue avec succès.

OBSERVATION XV

(Communiquée par M. le Dr Fontan.)

G..., petit garçon de trois ans et demi, atteint de mal de Pott lombaire. Cyphose angulaire au niveau de la première vertèbre lombaire. Enfant capricieux, très mal soigné, ne mangeant presque rien et ne voulant prendre aucun remède. Détestables conditions hygiéniques : séjour permanent dans le fond d'un cabaret où il se traîne à sa fantaisie, buvant parfois de petits verres avec les consommateurs. Poche purulente énorme à la région lombaire droite.

Le père de l'enfant est phtisique.

Octobre 1887 : Nous essayons après une première évacuation du pus par l'appareil de Potain, d'appliquer un corset de Sayre. Il est arraché par l'enfant.

12 décembre 1887 : La poche purulente a repris un fort volume. Chloroforme. Aspiration de près de 500 grammes de pus. Injection de 40 grammes d'éther iodoformé.

Ballonnement de la région lombaire, abdominale et diaphragmatique gauche. Cris violents. Légère dyspnée pendant quelques minutes. Il n'est pas nécessaire de donner issue au gaz. Aucun accident. Les jours suivants, diminution de la tension gazeuse. Condensation de la poche. La plaie de la ponction reste fermée. Amélioration graduelle.

26 décembre : L'abcès s'est reformé et menace de s'ouvrir spontanément. Nouvelle aspiration, nouvelle injection de 20 grammes d'éther iodoformé. Aucun accident, mais aucun avantage.

La petite plaie ne se ferme pas et devient fistuleuse. Fièvre quotidienne. Etat général de plus en plus mauvais. Après quelques soins donnés encore

les jours suivants, nous perdons l'enfant de vue et nous pensons qu'il a dû succomber.

Réflexion. — Cet insuccès, fort explicable par la gravité du mal et les détestables conditions hygiéniques qui entouraient le malheureux malade, présente au moins ceci d'intéressant : que la distension énorme produite par des injections très copieuses d'éther n'a amené aucun accident et a causé peu de douleur. Cet exemple n'est donc nullement décourageant.

OBSERVATION XVI

(Service de M. le Dr FONTAN ; hôpital Saint-Mandrier).

Thém..., matelot chauffeur, 23 ans, scrofuleux. Atteint de suppuration ganglionnaire de l'aisselle droite. Présente deux tumeurs purulentes voisines, grosses comme des œufs de poule et qui datent de 10 jours.

25 février 1888 : Double ponction au bistouri étroit. Evacuation de 60 grammes de pus. Injection de vaseline iodoformée. Occlusion.

1er mars : L'injection a déterminé une condensation des tissus et la suppression de toute suppuration. Les plaies des ponctions se sont réunies immédiatement.

7 mars : La peau est tout à fait libre au-devant des noyaux indurés. Ceux-ci diminuent de volume.

12 mars : Guérison complète. Exeat.

OBSERVATION XVII

(Service de M. le professeur FONTAN, hôpital Saint-Mandrier).

D..., matelot, 23 ans, scrofuleux. A été déjà atteint à diverses reprises de ganglions suppurés du cou et des aines. Présente actuellement depuis 10 jours une adénite inguinale double survenue sans cause, mais coïncidant avec un état de dépérissement très accusé. Pas de fièvre.

14 février 1888 : La fluctuation est manifeste depuis quelques jours. Les deux tumeurs sont ovoïdes, tout-à-fait molles; la peau rouge, luisante, très

amincie. Injections d'éther iodoformé dans ces deux abcès sans évacuer le pus; à droite 1 gr., à gauche 2 gr.

20 février : Après une légère condensation tous les caractères de la purulence ont réapparu avec une grande netteté.

L'abcès du côté droit, plus petit que le gauche, est traité par l'incision large, avec le lavage de la poche, et pansement à la poudre d'iodoforme, l'incision mesure 7 centimètres.

A gauche, l'abcès plus volumineux est ponctionné à ses deux extrémités avec un bistouri très étroit. Expulsion d'un pus filant, sirupeux, brunâtre; lavage de la poche à l'eau boriquée; puis réplétion à l'aide d'une injection de vaseline iodoformée, liquéfiée par la chaleur. Application d'une compresse froide.

On a injecté de 20 à 25 gr. de vaseline, soit de 2 gr. à 2 gr. 5 d'iodoforme.

21 février : Fièvre (40,5) épistaxis, congestion pulmonaire, crachement de sang.

22 février : Les accidents généraux et thoraciques ont disparu (T. 37,2).

Le bubon du côté gauche présente un très bon aspect. Pas de gonflement pas de rougeur, pas de douleur. Légère induration par condensation des tissus. Les petites plaies paraissent obstruées.

A droite, suppuration abondante.

28 février : Il n'y a eu à gauche aucune suppuration. La peau est redevenue de suite complètement libre au-devant de l'induration. Celle-ci disparaît du reste de jour en jour; elle est très minime en ce moment.

A droite suppuration persistante.

8 mars : Il n'existe plus à gauche aucune trace d'abcès, ni de ganglions engorgés. A droite la cicatrisation marche régulièrement.

Sort le 15 mars.

Réflexions : Ainsi de deux abcès ganglionnaires scrofuleux semblables, symétriques, contemporains, l'un traité par la méthode de débridement, avec pansements ouvert à l'iodoforme, met un mois à se cicatriser.

L'autre, traité par l'injection cavitaire, disparaît par première intention, sans donner une goutte de pus. Aucune observation ne saurait être plus instructive.

CONCLUSIONS

Des considérations et des observations qui précèdent, il nous reste à tirer les conclusions suivantes :

1° L'iodoforme est parmi les agents antiseptiques celui qui reste aujourd'hui le plus spécialement approprié au traitement des tuberculoses locales ; il est avantageusement employé contre les processus tuberculeux ;

2° La manière la plus efficace de mettre l'iodoforme en contact avec les tissus tuberculeux est de l'y faire pénétrer par des injections ;

3° Ces injections peuvent être cavitaires ou interstitielles ;

4° Les meilleurs véhicules de l'iodoforme sont : l'éther à 5 ou 10 p. 100, la vaseline et l'huile de vaseline ;

5° Peu d'accidents sont à redouter, sauf quelques complications qui peuvent survenir après les injections d'éther et auxquelles il est facile de remédier, ainsi que nous l'avons indiqué ;

6° Les injections guérissent souvent en peu de jours des abcès ganglionnaires ou idiopathiques. Elles influencent très favorablement des abcès liés aux caries osseuses, aux tumeurs blanches, épidydimites, etc. ;

7° Ne jamais injecter plus de 4 à 5 grammes d'iodoforme à la fois ;

8° Il y a toujours lieu d'instituer en même temps un traitement médical approprié à l'état général du malade.

Le Doyen,
A. PITRES.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de la thèse,
J. MORACHE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 24 avril 1888.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Berger. — Le pansement à l'iodioforme (Revue des Sciences médicales, Avril 1883).

Brissaud. — Tuberculoses locales (Archives générales de médecine, 1880).

Chandelux. — These d'agrégation. Paris, 1883.

Le Fort. — Injections modificatrices des fongosités dans l'arthrite fongueuse (Bull. de la Soc. de Chirurgie 1879).

Lannelongue. — Abcès froids et tuberculose osseuse. Paris, 1881. Tuberculose osseuse et articulaire (Bull. de la Soc. de Chirurgie, 1882).

Maske. — De la tuberculose des synoviales et du pansement à l'iodoforme (Centrabl. für Chirurgie, 1882).

Martin. — Etude expériment. et clinique sur l'emploi chirurgical de l'iodoforme (Thèse de Lyon, 1882).

Mikuliez. — Die Verwendung der sodoforms in der Chirurgie (Wiener Klinic 1882).

Mosetig-Moorhof. — (Der sodoform verband, 1882).

Rohmer. — Du pansement à l'iodoforme (Revue de Chirurgie, 1882).

M. Sée. — Double arthrite fongueuse du genou guérie par les injections d'éther iodoformé (Bull. de la Soc. de Chirurgie, 1882).

Verchère. — Traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé (Revue de Chirurgie, 1886).

Verneuil. — Traitement des abcès froids (Revue de Chirurgie 1885).

Vallin. — Note sur les neutralisants du suc tuberculeux (Bull. académie de médecine, 1883).

Mattei. — Traitement des abcès froids par l'injection d'iodoforme en solution dans l'éther (Th. de Paris, 1884).

Mosetig-Moorhof. — Pansement à l'iodoforme à la suite d'opérations pratiquées pour les affections fongueuses (Wiener méd. Wochenschr., 1880).

Konig. — L'iodoforme, antiseptique dans les pansements (Centralbl. für Chirurgie 1881).

Marc Sée. — De l'iodoforme comme moyen de pansement de toutes les plaies (Bull. Soc. de Chirurgie, 1881).

Delbastaille et Troisfontaines. — Du pansement à l'iodoforme (Liège, 1882).

P. Reclus. — Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, 1888.

12,399. — Bordeaux, V^e^ Cadoret, imp., rue Montméjan, 17.